



Formulário de consentimento para a vacinação contra COVID-19 – 2020-2021

Sobrenome (<i>Escreva em letra de forma</i>)	Nome	Inicial (nome do meio)	Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro
Endereço		Cidade	Estado	Código postal
Telefone	E-mail		Nome do clínico geral	

TRIAGEM PARA QUALIFICAÇÃO À VACINAÇÃO

1. Você está grávida?	Sim	Não
2. Você está atualmente amamentando?	Sim	Não
3. Você já teve uma reação alérgica grave (ex: anafilaxia, dificuldade para respirar) a qualquer vacina ou terapia injetável, ou um histórico de anafilaxia devido a qualquer causa?	Sim	Não
4. Você já teve uma reação alérgica grave (ex: anafilaxia, dificuldade para respirar) a qualquer componente de uma vacina contra COVID-19, inclusive nanopartículas lipídicas ou polietilenoglicol (PEG)?	Sim	Não
5. Você recebeu plasma convalescente ou infusões de anticorpos monoclonais/policonais para COVID-19 nos últimos 90 dias?	Sim	Não
6. Você tem menos de 12 anos de idade?	Sim	Não
7. Você está atualmente doente? Por exemplo, você está apresentando atualmente febre, calafrios, tosse, falta de ar, dificuldade para respirar, fadiga, dores musculares ou no corpo, etc.?	Sim	Não
8. Você tem um distúrbio hemorrágico ou está tomando afinador de sangue?	Sim	Não
9. Você testou positivo para COVID-19 nos últimos 10 dias?	Sim	Não
10. Você está atualmente em quarentena por exposição à COVID-19?	Sim	Não
11. Você foi diagnosticado com Síndrome Inflamatório Multissistêmico de adultos ou de crianças nos últimos 90 dias? (Se sua resposta à pergunta for afirmativa, se recomenda que consulte com seu médico antes de receber a vacina contra o COVID-19)	Sim	Não
12. Se esta é a sua segunda dose, qual foi a data da sua primeira dose?	/	/
13. Se esta é a sua segunda dose, que vacina você tomou (Pfizer, Moderna, etc.)?		

CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO

Revisarei/revisei minhas respostas às perguntas acima com o vacinador. Se apresentar alguma reação adversa após sair, notificarei meu clínico geral. Li a ficha informativa de autorização para uso de emergência que me foi dada hoje. Entendo os benefícios e riscos da vacina. Entendo que posso revisar um Aviso de Prática de Privacidade na hora da vacinação.

Ao assinar este formulário, dou licença para se administrar uma vacina à pessoa mencionada acima e que se entre um ficha no Registro de Rhode Island de Imunizações das Crianças e Adultos (RICAIR) para a coordenação de cuidados e para monitorar a cobertura da vacinação no estado. Para mais informação sobre RICAIR, por favor vá a <https://health.ri.gov/ricair>. Aliás, concordo que a informação anteriormente citada é correta.

Assinatura dos Pais/Responsável/Paciente _____

Data _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

VIS Date:

Vaccine	Date Vaccination and EUA Given:	Route IM R L	Manufacturer	Lot No.	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator
---------	---------------------------------	-----------------	--------------	---------	---

INFORMAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE QUALIFICAÇÃO À VACINAÇÃO

1. Você está grávida?

SE SIM: Pergunte à paciente se ela discutiu a vacinação com um médico. Pacientes grávidas podem optar por serem vacinadas, se tiverem ou não discutido a vacinação com um médico.

2. Você está atualmente amamentando?

SE SIM: Pergunte à paciente se ela discutiu a vacinação com um médico. Pacientes que estejam amamentando podem optar por serem vacinadas, se tiverem ou não discutido a vacinação com um médico.

3. Você já teve uma reação alérgica grave (ex: anafilaxia, dificuldade para respirar) a uma vacina ou terapia injetável, ou um histórico de anafilaxia devido a qualquer causa?

SE SIM: Pergunte ao/à paciente se discutiu a vacinação com um médico. Em caso afirmativo, permita que a vacinação prossiga. Os vacinadores devem observar os pacientes após a vacinação para monitorar a ocorrência de reações adversas imediatas:

- **Pessoas com um histórico de anafilaxia: 30 minutos**
- **Todas as outras pessoas: 15 minutos**

4. Você já teve uma reação alérgica grave (ex: anafilaxia, dificuldade para respirar) a qualquer componente da vacina, inclusive nanopartículas lipídicas ou polietilenoglicol (PEG)?

SE SIM: Não vacine

5. Você recebeu plasma convalescente ou infusões de anticorpos monoclonais/policlonais para COVID-19 nos últimos 90 dias?

SE SIM: Não vacine

6. Você tem menos de 12 anos de idade?

PARA A VACINA DA PFIZER, SE SIM: Não vacine

PARA A VACINA DA MODERNA OU JOHNSON & JOHNSON, SE TIVER MENOS DE 18 ANOS DE IDADE: Não vacine

7. Você está atualmente doente? Por exemplo, você está apresentando atualmente febre, calafrios, tosse, falta de ar, dificuldade para respirar, fadiga, dores musculares ou no corpo, etc.?

SE SIM: Faça o paciente conversar sobre os sintomas existentes com um médico.

8. Você tem um distúrbio hemorrágico ou está tomando afinador de sangue?

SE SIM: Faça o paciente conversar com um médico. O ACIP (Comitê consultivo sobre práticas de imunização) recomenda a seguinte técnica para vacinação intramuscular em pacientes com distúrbios hemorrágicos ou que estejam tomando afinadores de sangue: uma agulha de calibre fino (calibre 23 ou menor) deve ser usada para a vacinação, seguido de firme pressão, sem esfregar por, no mínimo, 2 minutos.

9. Você testou positivo para COVID-19 nos últimos 10 dias?

SE SIM: Não vacine

10. Você está atualmente em quarentena por exposição à COVID-19?

SE SIM: Não vacine

11. Você foi diagnosticado com Síndrome Inflamatório Multissistêmico de adultos ou de crianças nos últimos 90 dias?

SE SIM: Se recomenda que consulte com seu médico antes de receber a vacina contra o COVID-19

12. Se esta é a sua segunda dose, qual foi a data da sua primeira dose?

Não vacine se ocorrido há menos de 17 dias para a Pfizer, ou há menos de 24 dias para a Moderna.

13. Se esta é a sua segunda dose, que vacina você tomou (Pfizer, Moderna, etc.)?

Assegure-se de que a segunda dose seja do mesmo fabricante da primeira dose. Se diferente: Não vacine.